

Mindfulness i behandling av deprimerte og suicidale pasienter

Kan mindfulness påvirke ruminering?

Bjørn Hage



Masteroppgave i psykososialt arbeid - selvmord, rus, vold og traumer.

Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet,

UNIVERSITETET I OSLO

30042012

Mindfulness i behandling av deprimerte og suicidale pasienter

Kan mindfulness påvirke ruminering?

© Forfatter: Bjørn Hage

År: 2012

Tittel ”Mindfulness i behandling av deprimerte og suicidale pasienter – kan mindfulness påvirke ruminering?”

Forfatter Bjørn Hage

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Eget trykk

Sammendrag

Bakgrunn: Sammenhengen mellom ruminering og suicidalitet er godt dokumentert, ruminering beskrives som en kognitiv prosess, en del av den suicidale prosess, og er spesielt sentral hos de hvor tilbakevendende depresjon er en fremtredende risikofaktor for suicidalitet. Formålet med denne studien er å undersøke om det i forskningslitteraturen er støtte for hypotesen om at mindfulness kan redusere ruminering, og gjennom en slik reduksjon være et alternativ som ledd i behandlingen av suicidale pasienter.

Metode: Litteraturstudie. Søk i databasene MedLine ® og PsycInfo med søkeordene ”suicide”, ”suicide prevention”, ”rumination” og ”mindfulness” eller ”mindful*” for å finne aktuelle artikler om emnene fra internasjonale fagfellelvurderte tidsskrifter. Søkeordene ble kombinert og brukt i tre kombinasjoner; sammenhengen mellom suicidalitet og ruminering, mindfulness og ruminering og mindfulness og suicidalitet.

Funn: 17 artikler ble inkludert. Sammenhengen mellom ruminering og suicidalitet synes godt dokumentert, økt eller høyt nivå av grubling/ruminering gir økt selvmordsatferd. Videre funn viser en negativ korrelasjon mellom mindfulness og ruminering, altså at en økt grad av, eller evne til mindfulness gir reduksjon av negativ ruminering. Når det gjelder mindfulness som metode i selvmordsforebyggende arbeid finnes det flere randomisert-kontrollerte studier som viser at mindfulness reduserer tilbakefall av depresjon, og gjennom dette kan bidra til å redusere suicidalitet.

Konklusjon: Det er i denne litteraturstudien funnet støtte for at mindfulness kan være en effektiv intervensjon for å redusere suicidal atferd, spesielt for de med tre eller flere tilbakevendende episoder av alvorlig depresjon. Mindfulness reduserer ruminering, som er en risikofaktor for suicidal atferd.

Søkeord: Mindfulness, ruminering, selvmord, selvmordsforebygging

Forord

I møte med suicidale mennesker har jeg stilt meg spørsmålet; hvordan forstå den suicidale pasienten, hvorfor er pasient A suicidal mens pasient B aldri har tenkt tanken på å ta livet av seg, selv om lidelsestrykket, mengden eller styrken av belastende livshendelser og andre kjente risikofaktorer faktisk kan være større hos sistnevnte?

I masterstudiet har jeg valgt *"Selvmordsforebyggende arbeid i klinisk praksis"* som studieretning og *"Kognitiv terapi for suicidale pasienter"* som fordypningstema. I dette arbeidet har jeg fått god anledning til å studere de kognitive prosesser som man antar kan lede mot suicidal atferd. Ruminering er et fenomen som det pekes på i denne sammenhengen, forklart som en "respons stil" på negative livshendelser og/eller psykisk lidelse. Ruminering settes gjerne i sammenheng med avvikende hukommelsesprosessering, nedsatt problemløsningsevne med påfølgende håpløshet som i sin tur kan lede mot suicidal atferd. Fra egen arbeidsplass, en døgnpost på et DPS i Telemark, synes jeg det er lett å kjenne dette igjen hos mange pasienter, ikke bare selvmordstruede, men hos mange med alvorlige eller langvarige psykiske plager.

Som helsearbeider er jeg opptatt av hva som kan gjøres med de ulike faktorene som påvirker folks helse. I mai 2010 deltok jeg på seminar i regi av NSSF; "Mindfulness-Based Cognitive Therapy; Depression and Suicide" med professor Mark Williams. Sammen med egne erfaringer med medisinsk Qi Gong skapte dette en nysgjerrighet for en videre utforskning av temaet. Jeg lærte meg metoden og har praktisert mindfulness meditasjon siden sommeren 2010. Jeg har også, om enn i veldig liten skala, introdusert metoden overfor pasienter og fått god respons på dette.

"Tankekjør" og "tankekaos" er velkjente begreper fra møter med deprimerte og suicidale pasienter. Vi kjenner vel alle til tendensen vi har til å gå på "autopilot" og hvordan negative affekter kan sette i gang unyttig, kaotisk tankevirksomhet. Evnen til generelt å være mer aksepterende oppmerksom på det som skjer, til å gjenkjenne følelser og tanker og bli i stand til å endre fokus er egenskaper jeg tenker alle kan ha nytte av og spesielt personer hvor ukontrollerbar, dysfunksjonell ruminering faktisk blir en del av veien som leder mod suicidal atferd.

Jeg retter en stor takk til veileder Maria Ramberg for grundig og entusiastisk veiledning.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Ruminering og suicidalitet.....	2
1.2	Mindfulness	3
1.3	Mindfulness og ruminering	5
1.4	Mindfulness og suicidalitet.....	6
2	Metode.....	8
2.1	Litteratursøk, beskrivelse.....	8
2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	9
3	Resultater.....	11
3.1	Tabell 1: Sammenhenger mellom ruminering og selvmord	11
3.2	Tabell 2: Sammenhenger mellom mindfulness og ruminering	11
3.3	Tabell 3: Mindfulness og suicidalitet/depresjon.....	12
4	Diskusjon.....	14
	Litteraturliste	17
	Vedlegg	21

1 Introduksjon

Hvert år tar i overkant av 500 mennesker livet av seg i Norge og omtrent ti ganger så mange gjør selvmordsforsøk (Wasserman 2009). De fleste av disse har en behandlingstrengende psykisk lidelse og ca 25 % er eller har vært innlagt på psykiatrisk institusjon i løpet av de siste tre år (Sosial- og Helsedirektoratet 2008). Selvmordsforebyggende arbeid er en prioritert oppgave for helsevesenet, samtidig som behandling av suicidale er en stor utfordring. Suicidale er en liten, men utsatt gruppe og det er mye smerte og stigma knyttet til dette problemet. Fordi det er et viktig helsepolitisk mål å redusere selvmord (Sosial- og helsedirektoratet 2008) har Stortinget bestemt at det skal utarbeides en ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading som skal gjelde fra 2013 (Stortingets administrasjon 2012).

Suicidal atferd defineres i denne studien som selvmordstanker, selvmordshandlinger og selvmordsforsøk. Termene ”selvskading” og ”selvskading med eller uten suicidal intensjon” er utelatt i denne studien da de ligger utenfor rammene av hva denne studien vil belyse.

Suicidal atferd og depresjon er tett knyttet til hverandre, populasjonstilskrivbar risiko (PAR: Population Attributable Ratio) for depresjon ved alvorlig, men ikke-fatal suicidal atferd er 80 %. Dette betyr at dersom depresjon helt kunne fjernes ville slik atferd reduseres med 80 % (Williams J.M.G. 2006, s. 204). Forebygging av tilbakefall hos deprimerte er derfor sentralt i forebygging av selvmord. Samtidig er mer enn 50 % av alvorlig deprimerte behandlingsresistente i forhold til tradisjonelle medikamentelle og psykoterapeutiske behandlingsformer. Dette tilsier at det er et behov for nye effektive behandlingsformer (Eisendrath 2011, s. 362) (Williams J.M.G. 2006, s. 201).

Siden 80-90-tallet har ulike psykologiske teorier fått stor innflytelse på forståelsen av og behandlingen av suicidalitet. Kognitiv Terapi (KT) har vist seg effektiv i behandling av spesielt angstlidelser og depresjon, mens Dialektisk Atferdsterapi (DBT) ble utviklet for behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline type), en pasientgruppe med mye kronisk suicidalitet, selvskading og dysfunksjonell følelsesregulering (Williams J.M.G 2004, s. 317). Begge disse metodene har fått stor utbredelse og anerkjennelse, og er godt dokumentert som selvmordforebyggende metoder (M. D. Rudd 2009, s. 427 - 437). Den nye ”bølgen” av disse terapeutiske teknikkene inkluderer gjerne elementer som dialektisk filosofi, mindfulness, akseptering, relasjonsbygging og åndelighet, og noe av dette igjen

innebærer en åpenhet for å lære av østlige tilnærminger til kropp og sjel (Williams J.M.G 2004, s. 315).

Formålet med denne litteraturstudien er å undersøke om mindfulness meditasjon, slik det blir brukt i ”MBCT” (Mindfulness Based Cognitive Therapy) (Williams M. 2010), ”MBSR” (Mindfulness Based Stress Reduction) (Kabat-Zinn 2004) og ”DBT” (Dialectical Behavioral Therapy) (M. Lineham 1993), er effektivt som en terapeutisk intervensjon for pasienter med suicidal atferd. Gitt at ruminering som kognitiv prosess øker suicidalfaren, kan mindfulness meditasjon redusere den suicidal rumineringen?

1.1 Ruminering og suicidalitet

Selv om ruminering er relativt godt innarbeidet som en psykologisk term, finnes det ikke noen entydig norsk definisjon av begrepet. Opprinnelsen er fra latin ”ruminare” som betyr drøvtygging. En norsk beskrivelse som er kort og presis er ”... *gjentatt grubling over viktige selv-relevante temaer*” (Pettersen 2008). I en oversiktsartikkel viser J. M. Smith til forskjellige forståelsesmodeller av begrepet ruminering, men trekker fram Nolen-Hoeksema’s ”*Response Style Theory*” (RST) som den mest fruktbare og mest anvendte (Smith 2009, s. 2). Ifølge denne modellen defineres ruminering som:

”... *repeterende tenkning om årsaker, konsekvenser og symptomer av ens negative affekter*”. (Smith 2009, s. 2)

Andre legger vekt på negative eller stressende livshendelser, fortsatt i henhold til RST:

”... *tendensen til å reagere på negativt stress ved å fokusere på årsaker og konsekvenser av ens problemer uten å gå videre til aktiv problemløsning..*” (Morrison 2008, s. 524)

Morrison (2008) viser i sin systematiske oversiktsartikkel fra 2008 til 11 studier som, med ett unntak, gir evidens for at økt ruminering fører til økt suicidalitet. Ruminering karakteriseres som en sårbarhetsfaktor som ofte assosieres med depresjon og håpløshet, proksimale prediktorer for suicidalitet (Morrison 2008, s. 523). Ruminering beskrives også som en form for kognitiv følelsesmessig regulering og noen skiller mellom undertyper av ruminering; nemlig grubling (*brooding*) og refleksjon (*reflection*) (Morrison 2008, s. 524) eller *reflective pondering* (Kumar 2009, s. 6). Andre igjen skiller mellom adaptiv (*adaptive*) og maladaptiv (*maladaptive*) ruminering (Smith 2009). Segal (2002) peker på to forhold ved ruminering; det ene er at det ikke fører til noe, man finner ingen løsning og det andre er at rumineringen i seg

selv øker graden av depresjon, som igjen øker rumineringen, som i en selvforsterkende ond sirkel (Segal 2002, s. 36). Dette innebærer at selv små negative hendelser eller humørsvingninger kan eskalere til mer alvorlige og ødeleggende depressive tilstander og følgetilstander; hukommelsesforstyrrelser, nedsatt problemløsningsevne og håpløshet, som igjen er assosiert med selvmordsatferd (M. D. Rudd 2009).

Zimri Yaseen (2010) har beskrevet hvordan overgangen fra suicidale tanker til suicidale handlinger kan trigges av spesifikke affektive, atferdsmessige og kognitive faktorer. Denne tilstanden omtales som en ruminerende strøm (*ruminative flooding*); en forvirrende, ukontrollerbar og overveldende overflod (*profusion*) av negative tanker som utløser en akutt, frenetisk håpløshet. Ikke bare medfører denne tilstanden en fatalistisk overbevisning om at livet ikke kan bli bedre, men også en knugende følelse av å være fanget. Dette leder videre til en utålelig forvirrende tilstand hvor personen er overbevist om at selvmord er den eneste mulige måten å flykte på (Yaseen 2010, s. 2), jf ”Escape theory/entrapment model” (M. D. Rudd 2009, s. 160-164).

Ifølge Morrison et al. (2008) knyttes ruminering gjerne til depresjon og håpløshet, både initialt ved oppstart og ved vedlikehold av depressive tilstander. Videre påpeker de at det finnes en assosiasjon mellom ruminering og nedsatte problemløsningsferdigheter (Morrison 2008, s. 523-524). Williams (2004) peker på to aspekter ved ruminering som er spesielt viktige i den suicidale prosessen. Det ene er at ruminering er en viktig faktor i vedlikeholdet av overgeneraliserende hukommelse, som knyttes til nedsatt problemløsningsevne hos suicidale. Rumineringen kan dermed minske sannsynligheten for at pasienten finner andre utveier for flukt enn selvmord. Det andre er at rumineringen virker inn på individets villighet til å løse problemene sine og på tilgjengelig eksekutiv prosesseringskapasitet til problemløsning. Over tid kan disse rumineringsprosessene bli mer fremtredende som triggere av suicidal atferd enn negative livshendelser (Williams J.M.G 2004, s. 323).

1.2 Mindfulness

Mindfulness beskrives både som en sinnstilstand og en øvelse. Norske varianter av begrepet mindfulness er gjerne *oppmerksomt nærvær* eller *bevisst tilstedeværelse*. Dette beskriver mentale tilstander som alle mennesker opplever i større eller mindre grad og er mer eller

mindre bevisste på. Jon Kabat-Zinn, en av pionerene innen anvendelsen av mindfulness som et terapeutisk virkemiddel, definerer mindfulness slik:

“..paying attention in a particular way: on purpose, in the present moment, and nonjudgementally”. (Baer 2003)

Altså (egen oversettelse):

“..å være oppmerksom (eller vise oppmerksomhet) på en spesiell måte; med hensikt, i det nåværende øyeblikk og ikke-dømmende”.

Kabat-Zinn legger altså til noen kvaliteter utover det å være i en tilstand av oppmerksomt nærvær; nemlig at det gjøres med hensikt, at det er i nuet og at det er preget av en ikke-dømmende holdning.

Å anvende mindfulness som et terapeutisk virkemiddel vil i praksis innebære å lære pasienten en meditasjonsteknikk, vanligvis i tillegg til andre kognitive teknikker (som i MBCT) eller ferdigheter (som i DBT), gjennom psykoedukasjon og hjemmeoppgaver. MBCT bruker vanligvis gruppebasert undervisning over seks til åtte uker, med øvelser som skal trenes hjemme. Et typisk kurs eller treningsopplegg for å lære grunnleggende mindfulness består av 6 til 7 forskjellige øvelser med sterkt fokus på pusten og kroppslige følelser hvor man gradvis skal bli bedre i stand til å styre egen oppmerksomhet (Williams J.M.G. 2006, s. 202). Selv om teknikken er enkel i seg selv så presiseres det at det kreves en aktiv innsats over tid for å få utbytte av dette, det anbefales daglige øvelser (Kabat-Zinn 2004, s. 20).

Opprinnelsen til mindfulness meditasjon er svært gammel og tradisjonsrik. Den bygger på meditasjonsteknikker sprunget ut av buddhistisk filosofi fra så langt som 2500 år tilbake (Germer 2005, s. 28).

I materialet som er gjennomgått i denne studien synes det som at mindfulness *metoden* er tilnærmet den samme i alle studier, artikler og lærebøker. Det handler om en enkel meditasjonsteknikk som man lærer seg ved hjelp av instruksjoner, enten på et kurs eller på CD/DVD.

Betydningen av begrepet mindfulness i denne studien innebærer altså anvendelsen av mindfulness meditasjon som et terapeutisk virkemiddel slik det blir brukt i ”MBCT” (Mindfulness Based Cognitive Therapy) (Williams M. 2010), ”MBSR” (Mindfulness Based

Stress Reduction) (Kabat-Zinn 2004) og “DBT” (Dialectical Behavioral Therapy) (M. Lineham 1993).

1.3 Mindfulness og ruminering

En hovedtanke i mindfulness er å lære personen å bli oppmerksom på egne tanker og reaksjoner, både positive og negative, på en ikke-dømmende måte. Personen trener på å la tankene fare i stedet for å la seg fange inn i en destruktiv, selvforsterkende negativ tankeprosess (Segal 2002, s. 75). Mathew et al. foreslår at modusene mindfulness og ruminering er inkompatible og derfor vanskelig eller umulig å være i samtidig (Mathew 2010, s. 564).

MBCT tar sikte på å oppdage depressive reaktive tankeprosesser og hjelpe personen med å: a) Gjenkjenne når stemningsleiet synker, b) Observere dette stemningsfallet og påfølgende rumineringstendenser og c) Endre til en ikke-ruminerende tankemodus. Ideen er at ved å bli oppmerksom på den negative grublingen på et tidlig stadium, observere den på en ikke-dømmende måte og utforske direkte kroppslige følelser som følger den, kan personen lære å fjerne seg fra disse tanke- og følelsemønstrene. På denne måten kan man unngå at rumineringen eskalerer til destruktive tilbakefall (Raes 2010, s. 199). En av intensjonene i MBCT er muligheten til å praktisere og kultivere den ikke-dømmende oppmerksomheten i forhold til ikke-skadelige tanker, følelser og kroppslige reaksjoner før man prøver å tilføre metoden til negative mentale prosesser. Meditasjonsøvelser bringer deltakerne i direkte kontakt med deres ”øyeblikk til øyeblikk” erfaringer for så å utvikle evnen til å håndtere og akseptere disse erfaringene (Crane C. 2010, s. 11).

Williams (2004) nevner spesielt tre måter ruminering kan påvirkes ved mindfulness basert behandling. For det første legges det stor vekt på å identifisere tendensen mennesker har til å gå på ”autopilot”. Å gjenkjenne dette er av særlig viktighet for suicidale fordi de ikke er klar over aktivering av negative tanker og den katastrofale eskaleringen av følelser som kan settes i gang selv ved små humørendringer før de har kommet så langt i prosessen at det er vanskelig å stoppe den. For det andre, mindfulness fokuserer på måter pasienten kan lære å opprettholde fokus framfor tendensen tankene har til å være konstant på vandring. Dette er et spesielt viktig aspekt fordi pasienten trenger ferdigheter i å håndtere de gangene tankene ruminerer over negative temaer. Målet er å gjenkjenne, uten å dømme, hvor

oppmerksomheten har tatt veien når tankene vandrer, for så kunne ta en overlagt avgjørelse på om det er der man har lyst til å være. Til slutt nevner Williams viktigheten av å lære seg å behandle tanker som tanker, altså redusere gradene av hvor mye man tror at tankene er sanne eller representerer virkeligheten. I tillegg til disse viktige momentene legger mindfulness tilnærmingen stor vekt på velvære og helhet, mer enn kun behandling av psykopatologi. Dette er også et viktig poeng fordi når den suicidale pasienten kommer til behandling har kanskje de verste symptomene blitt dempet, krisen er over og de følelsesmessige forstyrrelsene kan være redusert (Williams J.M.G 2004, s. 323-324)

1.4 Mindfulness og suicidalitet

Det er i hovedsak to terapeutiske retninger hvor mindfulness er en viktig del av behandlingen, dialektisk atferdsterapi (DBT) og mindfulness basert kognitiv terapi (MBCT). DBT ble utviklet spesielt til behandling av kronisk suicidale pasienter med emosjonell ustabil (borderline) personlighetsforstyrrelse (M. Lineham 1993). MBCT er utviklet for å redusere risiko for tilbakefall hos pasienter med kronisk tilbakevendende alvorlig depresjon, en høyrisikogruppe for suicid (Williams J.M.G 2004).

Mindfulness I DBT

Mindfulness er en av fire ferdighetsmoduler som inngår i den manualbaserte terapien, de tre andre er følelsesregulering, sosiale ferdigheter og stresstoleranse. Alle fire modulene er viktige, men mindfulness er et gjennomgående tema, undervisning i mindfulness repeteres mellom de andre modulene. Pasientene lærer tre ”*hva*”-ferdigheter og tre ”*hvordan*”-ferdigheter. ”Hva”-ferdighetene er a) Å *observere*, det vil si å fokusere på og legge merke til hva som skjer i øyeblikket, b) Å *beskrive*, bruke ord på å beskrive det som observeres og c) Å *delta*, å bli ett med erfaringen av det nåværende øyeblikket (Lineham 1993, s. 63-64).

”Hvordan”-ferdighetene handler om a) Å være *ikke-dømmende*, det vil si å utelate tanker om at ulike hendelser, tanker, følelser eller situasjoner er gode eller dårlige og rett og slett beskrive eller oppleve dem som de er, b) Å praktisere ”*one-mindfully*”, det vil si å gjøre og fokusere på en ting av gangen og forsiktig bringe fokus tilbake til det som skjer når tankene begynner å vandre og c) Den tredje ”hvordan”-ferdigheten er å være *effektiv*, altså å fokusere på det som virker, opptre så dyktig man kan i situasjonen man er i, i stedet for å ønske at situasjonen var annerledes (Lineham 1993, s. 64).

Mindfulness er altså en av mange ferdigheter som inngår i DBT og det legges vekt på å gjøre øvelsene mest mulig konkrete og kortvarige, som for eksempel å være mindful i praktiske gjøremål i dagliglivet. Etter hvert utvikles evnen og ideen er at mindfulness evnen skal støtte anvendelsen av de andre ferdighetene og strategiene til en mer effektiv tilnærming til vanskelighetene pasientene sliter med (Williams J.M.G 2004, s. 319).

Mindfulness-basert kognitiv terapi

I mindfulness-basert kognitiv terapi er det mindfulness som er det bærende element, understøttet av andre kognitive teknikker. Ved å lære å fokusere oppmerksomheten på enkeltobjekter, for eksempel åndedrettet eller deler av kroppen, blir man oppmerksom på hvordan sinnet ofte vandrer eller ”går på autopilot” og hvordan man reagerer ”mindlessly” på begivenheter, på hvordan man søker unngåelse av noen utfall og blir tilknyttet andre og hvordan man reagerer katastrofalt når ting går galt (Williams J.M.G 2004, s. 320). Målet med MBCT er a) å øke pasientens oppmerksomhet av nåværende, øyeblikk til øyeblikk erfaringer og b) oppmuntre pasienten til å bli bevisst på hvordan de forholder seg til sine egne erfaringer.

Det er fire nøkkeltemaer i MBCT. Først at alle ofte ”går på autopilot”, at tankene vandrer; analyserer fortiden og planlegger eller gruer seg til fremtiden og blander viktige og trivielle saker. Det andre er at denne tilstanden av uoppmerksomhet (*mindlessness*) er spesielt fremtredende hos personer med depressive/suicidale tendenser, ved at begivenheter eller tanker kan trigge gamle, unyttige tankemønstre på en selvforsterkende negativ måte. For det tredje så leder ofte disse tilbøyelighetene til nedsatt sinnsstemning, som i et ”jordskred”. Det fjerde nøkkeltemaet er at det finnes et alternativ: å være mer oppmerksom så man selv kan styre tanker og handlinger mer enn å gå på autopilot, i gamle inngrodd(e) vaner (Williams J.M.G 2004, s. 322).

Det kognitive elementet i MBCT inkluderer psykoedukasjon om negative automatiske tanker, depresjon og symptomer og hvordan ruminering, unngåelse, undertrykking og det å streve med unyttige kognisjoner og følelser forsterker elendigheten fremfor å løse den (Williams J.M.G. 2006, s. 202).

2 Metode

2.1 Litteratursøk, beskrivelse

Litteratursøk ble foretatt på NSSF's bibliotek den 19 og 20. september 2011 i samarbeid med informasjonskonsulent Kirsti Amundsen. Søkene ble gjort som avanserte søk i databasene Medline ® og PsycInfo. Det ble også gjort et søk i SweMed for å se om det fantes nordisk litteratur, uten treff. Søketermer og antall treff var:

PsycInfo 1806 to september Week 2 2011:

1: exp Suicide or exp suicide prevention, 18604 treff

2: Rumination.mp., 1941 treff

3: Mindful*.mp., 2695 treff

Kombinasjoner:

4: 1 og 2: 19 treff

5: 1 og 3: 17 treff

6: 2 og 3: 84 treff

7: 1 og 2 og 3: 1 treff

(mp. = protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word, unique identifier).

Ovid MEDLINE ® 1948 to September Week 1 2011:

1: exp Suicide or exp suicide prevention: 42746 treff

2: rumination.mp.: 1153 treff

3: mindful*.mp.: 1496 treff

Kombinasjoner:

4: 1 og 2: 13 treff

5: 1 og 3: 17 treff

6: 2 og 3: 25 treff

I tillegg er ytterligere artikler fremkommet ved gjennomgang av referanser i gjennomgåtte artikler. Tilslutt har jeg gjort to søk på to spesifikke forfattere; nemlig Mark J.M. Williams og Susan Nolen-Hoeksema, da disse har vært spesielt ofte referert i artikler og litteratur knyttet til henholdsvis mindfulness og ruminering.

Dette gir til sammen 32 treff på kombinasjonen ruminering og suicidalitet, 99 treff på kombinasjonen mindfulness og ruminering og 34 treff på kombinasjonen mindfulness og suicidalitet. Det er ikke gjort fratrekk for duplikater i disse tallene. Kombinasjonen av alle tre termene ga 1 treff, en avhandling om effekten av DBT (Ritschel 2002) som ble ekskludert fra denne studien.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ut fra arbeidshypotesen har jeg i dette arbeidet vært spesielt ute etter studier som har undersøkt hvordan mindfulness kan påvirke suicidal atferd, spesielt med henblikk på ruminering. I gjennomgangen så jeg spesielt etter studier hvor et av de tre søketermene enten var en del av overskriften eller et av de oppgitte søkeord. Etter å ha ekskludert bøker, bokkapitler, essays og bokomtaler leste jeg gjennom abstract til resterende studier og inkluderte tilslutt 17 artikler.

Inklusjon:

*Engelskspråklige artikler publisert i fagfelleverderte tidsskrifter.

*Studier hvor utfallsmålene er knyttet til sammenhenger mellom ruminering og suicidalitet, tverrsnitts- og case-control studier, kliniske og ikke-kliniske utvalg. 6 studier ble inkludert.

*Studier hvor utfallsmålene er knyttet til mindfulness og virkning på ruminering og/eller lignende mekanismer, tverrsnitts- og case-control studier, kliniske eller ikke-kliniske populasjoner. 5 studier ble inkludert.

*Studier hvor mindfulness er satt i sammenheng med suicidalitet ved at utvalget består av suicidale eller tidligere suicidale. Studier hvor mindfulness er undersøkt som intervensjon for

forebygging av alvorlig depresjon. Randomisert/kontrollerte studier og en case-control studie.
6 studier ble inkludert.

Eksklusjon:

- *Artikler ikke tilgjengelig i fulltekst

- *Systematiske oversiktsartikler

- *Bøker, kapitler i bøker, essays, debattinnlegg, bokanmeldelser

- *Artikler rettet mot spesifikke diagnoser eller grupper utenom depresjon og suicidalitet

- *Avhandlinger

- *Studieprotokoller

- *Psykometrisk tester og utvikling av slike

- *Studier av nevro-fysiologiske forhold

3 Resultater

17 studier ble inkludert og presenteres tematisk i tabell 1, 2 og 3.

3.1 Tabell 1: Sammenhenger mellom ruminering og selvmord

Seks studier med ulik design og utvalg ble inkludert. Utvalgenes størrelse varierte fra 32 til 1134, totalt antall deltakere var 2625, og omfattet både kliniske ($n = 3$) og ikke-kliniske ($n = 3$) populasjoner. Design på studiene omfattet case-control studier ($n = 3$) og tverrsnittstudier ($n = 3$). Alle studiene hadde suicidalitet som en del av utfallsmålet, mens innfallsvinkelen til ruminering varierte. En studie (Liu 2009) undersøkte om *maladaptive responser* på depresjon kan assosieres med selvmordsatferd, og konkluderte med at ruminering er en slik type respons. En studie (Smith J.M 2006) så på assosiasjoner mellom negativ kognitiv stil, dysfunksjonelle holdninger, håpløshet og ruminering og påviste klar sammenheng mellom ruminering og håpløshet, videre at disse er viktige prediktorer for suicidal atferd. Fire av studiene (Chan 2009) (C. B. Crane 2007) (Surrence 2009) (Miranda 2007) så på undertyper av ruminering, nærmere bestemt grubling (*brooding*) og refleksjon. Funnene i disse fire var entydige; grubling er sterkere assosiert til suicidal atferd enn refleksjon. Tre av studiene anvendte Response Style Questionnaire (RSQ, Noelen-Hoeksema & Morrow 1991), enten alene eller sammen med andre måleinstrumenter, se tabell 1. De fire studiene som så på undergrupper av ruminering brukte samme måleinstrument; Ruminative Response Scale (RRS, Noelen-Hoeksema & Morrow 1991)

3.2 Tabell 2: Sammenhenger mellom mindfulness og ruminering

De fem studier som ble inkludert varierte med tanke på utvalg og design. Utvalgsstørrelsen varierte fra 22 til 164, totalt antall deltakere var 327 og de kom fra både kliniske ($n = 2$) og ikke-kliniske ($n = 3$) populasjoner. En case-control studie og fire tverrsnittstudier. Tre av studiene (Deyo 2009) (Raes 2010) (Mathew 2010) omfattet målinger før og etter mindfulness intervensjon. Studien av Mathew et al. fant sterk negativ korrelasjon mellom nivå av mindfulness og ruminering og signifikant reduksjon av depressive episoder etter

intervensjonen. En annen studie (Raes 2010) fant signifikant negativ korrelasjon mellom mindfulness og ruminering. Den tredje intervensjonsstudien (Deyo 2009) konkluderte med ingen statistisk signifikans mellom endring i mindfulness og endring i ruminering, men en trend for negativ sammenheng hvor økt mindfulness assosieres med redusert ruminering. Den siste av tverrsnittstudiene (Burg 2011) introduserte en ny målemetode for mindfulness; Mindful Breathing Exercise, et engangs eksperiment basert på registreringer ved hjelp av datamaskiner. Konklusjonen var også her at det fantes en negativ korrelasjon mellom graden av evne til å være mindful i kontakt med ens åndedrett og gradene av ruminering, repeterende tenkning og depresjon. Case-control studien (Sanders 2010) sammenlignet en gruppe (n = 30) av tidligere deprimerte mot en gruppe (n = 30) aldri deprimerte. Konklusjonene var sammenfallende med tidligere funn; negativ korrelasjon mellom karakterbetinget (*trait*) mindfulness og depresjon og positiv korrelasjon mellom karakterbetinget ruminering og depresjon. De fant ingen signifikante forskjeller mellom gruppene etter indusering av hhv mindfulness og ruminerende prosessering, men deltakere som skåret høyt på karakterbetinget ruminering viste signifikant forbedring av sosial problemløsningsevne etter induert mindfulness prosessering.

3.3 Tabell 3: Mindfulness og suicidalitet/depresjon

Seks studier ble inkludert i denne tabellen. Fem av disse var randomisert-kontrollerte studier og en case-control studie. Antall deltakere varierte fra 27 til 145, totalt antall er 480 deltakere. Alle studiene var fra kliniske populasjoner, deltakere med pågående (n = 1) eller tidligere historie av alvorlig depresjon og selvmordsproblematikk (n = 5). Alle studiene hadde intervensjon med mindfulbasert kognitiv terapi (MBCT). To av studiene (Ma S. H. 2004) (Teasdale 2000) målte reduksjon i tilbakefallsrate for alvorlig depresjon med og uten MBCT, den ene var en replikasjon av den første. Begge fastslår signifikant reduksjon i risiko for tilbakefall av alvorlig depresjon, fra 66 % til 40 % i den første (Teasdale 2000) og fra 78 % til 37 % i replikasjonsstudien. En viktig oppdagelse i begge studiene var imidlertid at disse resultatene gjaldt pasienter som hadde tre eller flere episoder med alvorlig depresjon, det var ingen signifikante forskjeller hos deltakere med to eller færre episoder. De fire andre har studert ulike kognitive mekanismer, slik som effekten av MBCT på tankeundertrykking og depresjon (Hepburn 2009), meta-oppmerksomhet og spesifikke minner (Hargus 2010), selv-uoverensstemmelser (Crane 2008) og faktorer assosiert med utmattelse (Crane C. 2010).

Studien til Hepburn (2008) viser at MBCT for suicidale gir signifikant reduksjon i selvrapporterte forsøk på tanke-undertrykking. Hargus (2010) viser signifikant høyere nivå av meta-oppmerksomhet hos suicidale som fikk MBCT, i tillegg var det en signifikant forskjell mellom gruppene; spesifikke minner avtok over tid hos TAU-gruppen, men endret seg ikke signifikant hos MBCT-gruppen. Crane (2008) undersøkte effekten av MBCT for pasienter med depresjon og suicidalitet og fant en økning i selv-uoverensstemmelser i ventelistegruppen som ikke ble funnet i gruppen som fikk MBCT, videre var det i MBCT-gruppen en signifikant assosiasjon mellom økning i likheten av idealselv og oppnåelse av mer adaptive ideelle selv-guider etter behandlingen. Den siste studien i denne tabellen (Crane 2010) fant at de som droppet ut av MBCT behandlingen var signifikant yngre enn de som fullførte, brukte mindre antidepressiva, hadde høyere nivå av ruminering og signifikant dårligere problemløsingsevne etter følelsesmessige utfordringer, mens ingen av disse faktorene skilte de som droppet ut av ventelisten fra de som gjennomførte.

4 Diskusjon

Det er i denne studien funnet støtte for at mindfulness kan være en effektiv intervensjon for å redusere suicidal atferd, spesielt for de med tre eller flere tilbakevendende episoder av alvorlig depresjon. Mindfulness reduserer ruminering, en risikofaktor for suikidale atferd, slik det fremkommer i tabell 1.

Hvordan kan mindfulness påvirke ruminering?

Alle studiene i tabell 2 bekrefter at økt grad av, eller evne til mindfulness gir reduksjon av ruminering. Et hovedprinsipp i mindfulness er at man skal bli oppmerksom på hvor tankene vandrer, akseptere dette uten fordømmelse og så vende fokus tilbake til det man hadde oppmerksomheten rettet mot. En kan tenke seg at den ruminerende pasienten mangler evnen til å legge merke til andre tanker og følelser enn de negative. Det å lære seg å betrakte tanker som kun tanker bidrar til å ufarliggjøre dem og i mindre grad fremkalle negative følelser. Tanker og følelser blir å betrakte som mentale hendelser, når man kun observerer disse på en ikke-dømmende måte er de ikke lenger så skremmende eller ubehagelige. En av studiene (Deyo 2009) viser dessuten til en generell økning av velvære som en positiv effekt av mindfulness.

Det er i introduksjonen pekt på at ruminering påvirker informasjonsprosessering, autobiografisk hukommelse, problemløsningsferdigheter og håpløshet. Tre av studiene (Smith J.M 2006) (Sanders 2010) (Hargus 2010) støtter opp om dette teoretiske grunnlaget.

De fleste studiene i tabell 2 og 3 ($n=8$) har målt effekten av mindfulness slik det brukes i MBSR eller MBCT, eller har målt effekten av MBCT i forhold til tilbakefall av depresjon. Dette kan reise spørsmål om det er andre forhold ved terapien som påvirker resultatene, det være seg kontakten med hjelpeapparatet, effekten av det å være med på en interessant studie (Hawthorne-effekten) eller de andre elementene ved selve terapien. Bredden i de utvalgte studier, både med tanke på utvalg, design og utfallsmål styrker slik jeg vurderer det denne studiens validitet. Validitet er også grundig drøftet i de enkelte studier og ved å søke etter artikler kun fra fagfellevurderte tidsskrifter anser jeg at både etiske og faglige retningslinjer er forsvarlig ivarettatt.

Mindfulness i behandlingen av deprimerte og suicidale pasienter

Studier så langt underbygger at mindfulness meditasjon, slik det anvendes i MBCT, gir reduksjon i tilbakefallsrate hos deprimerte pasienter som er en høyrisikogruppe for suicidal atferd. Det bemerkes imidlertid at metoden er spesielt designet for å forhindre tilbakefall av alvorlig depresjon. Altså er det usannsynlig at den kan anvendes for akutt deprimerte eller suicidale pasienter, på grunn av at konsentrasjonsvansker og intensiteten av negative tanker (Teasdale 2000, s. 622). Mindfulness intervensjon anbefales altså i perioder hvor pasienten er relativt frisk, ikke mens de er i krise eller er alvorlig deprimerte. En utfordring for både helsepersonell og pasienter kan være å opprettholde motivasjonen til å gjennomføre et relativt krevende program på et tidspunkt hvor krisen er over og symptomtrykket er mindre (Williams J.M.G 2004). En av studiene (Crane C. 2010) konkluderer med at de som antakelig ville hatt størst utbytte av mindfulness behandling er de samme som mest sannsynlig ikke tar imot et slikt tilbud eller som lettest dropper ut før fullført.

Tre av studiene i tabell 3 har studert virkningen av mindfulness på ulike psykologiske mekanismer. Fellestrekket ved disse tre studiene var at populasjonen bestod av suicidale eller tidligere suicidale personer og intervensjonen var MBCT. Utfallsmålene i disse var mindfulness' påvirkning på ulike, men beslektede kognitive mekanismer, som meta-oppmerksomhet, spesifikke minner, tanke-undertrykking og selv-uoverensstemmelser. Selv om en kunne ønske seg mer entydige studier eller replikasjonsstudier, så gir disse studiene allikevel mening, sett i lys av det teoretiske bakteppet.

Begrensninger/svakheter i studien

Det er stor variasjon i bruken og utvalget av måle-instrumenter i de ulike studiene, særlig m.h.t. mindfulness, noe mindre når det gjelder ruminering. Dette understreker behovet for en operasjonalisering av begrepene og utvikling av gode måleinstrumenter. Når det gjelder sammenhengen mellom ruminering og suicidalitet foreslår Morrison (2008) at fremtidig forskning bør forsøke å teste denne ved å bruke konsistente målemetoder av begge konstruksjonene. De hevder også at flere longitudinelle studier i kliniske populasjoner er nødvendig, og de peker på viktigheten av å plassere ruminerings/suicidalitets studier innenfor en teoretisk kontekst, slik at man kan utvikle et grunnlag for kliniske intervensjoner mot ruminering. Også Smith (2009) peker på viktigheten av en felles forståelse av begrepet ruminering, inkludert gode måleinstrumenter.

DBT utgjør en viktig del av det teoretiske grunnlaget for denne studien, men det er ikke inkludert studier eller gjort spesifikke søk som omfatter DBT. For å avgrense oppgaven har jeg utelatt termer som ”selvskading med eller uten suicidal intensjon”, ”emosjonell dysregulering”, ”kronisk suicidalitet”, ”parasuicidalitet” og andre søkeord som sikkert ville gitt interessante funn og større bredde i utvalget. Dette er muligens årsaken til at det ikke har fremkommet flere studier som omhandler DBT.

Konklusjon, avsluttende kommentarer

Denne studien viser at ruminering er assosiert med suicidal atferd og at mindfulness er en effektiv intervensjon som kan redusere ruminering, og dermed være nyttig i selvmordsforebyggende arbeid.

Flere utfordringer følger av dette; for det første trenger man å øke forståelsen av begrepene, både ruminering og mindfulness, man trenger gode måleinstrumenter for ruminering slik det pekt på og man trenger å prøve ut metodene klinisk.

I tillegg reises mange spørsmål. Er det slik at man nå har funnet en ”kur” mot suicidalitet? Passer dette for alle suicidale og når og hvor i behandlingskjeden er det hensiktsmessig å anvende en slik intervensjon? Hvordan kan dette implementeres i et allerede presset helsevesen og kan man forvente at helsepersonell og myndigheter vil prioritere en såpass ”nisjepreget” behandlingsform? Det er pekt på i studien at mindfulness er en metode som krever tid, erfaring og tålmodighet og at de pasientene som kanskje trenger det mest er de som lettest faller fra. Det er et gjennomgående tema i mye av mindfulness litteraturen at for å lære det bort må man praktisere det selv. Dette kan gi grunnlag for å tenke at dette er en metode som vil være avhengig av ildsjeler. DBT, ved sin manualbaserte metode, er vel i så måte de som har kommet lengst i systematisk å anvende mindfulness i behandling.

Noe av det mest slående i arbeidet med denne studien var å oppdage mengden og bredden i forskningen rundt mindfulness, fra avansert hjerneforskning, psykiatri, smertelindring og ulike somatiske lidelser og fenomener, røykeavvenning og annen avhengighetsbehandling, til pedagogikk, barneoppdragelse og mye mer. Å komme med en anbefaling til videre forskning synes derfor nesten overflødig, men klinisk utprøving av metoden MBCT under norske forhold, for eksempel i DPS-sammenheng, hadde etter min vurdering selvsagt vært interessant.

Artikkelen inneholder 4885 ord.

Litteraturliste

Artikler merket med * er de som inngår i studien

Baer, R.A. (2003). «Mindfulness training as a Clinical Intervention: A conceptual and empirical review.» *Clinical psychology. Science and Practice*, 2003.

*Burg, J.M. Michalak, J. (2011). «The Healthy Quality of Mindful Breathing: Associations With Rumination and Depression.» *Cognitive Therapy Research* 35, 2011: 179-185.

*Chan, S. Miranda, R. Surrence, K. (2009). «Subtypes of Rumination in the Relationship Between Negative Life Events and Suicidal Ideation.» *Archives of Suicide Research*, 13, 2009: 123 - 135.

*Crane C., Williams, J.M.G. (2010). «Factors Associated with Attrition from Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Patients with a History of Suicidal Depression.» *Mindfulness* 1, 2010: 10-20.

*Crane, C. Barnhofer, T. Duggan, S. Hepburn, S. Fennell, M.V. Williams, J.M.G. (2008). «Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Self-Discrepancy in Recovered Depressed Patients with a History of Depression and Suicidality.» *Cognitive Therapy Research*, 32, 2008: 775 - 787.

*Crane, C. Barnhofer, T. Williams, J.M.G. (2007). «Reflection, brooding and suicidality: A preliminary study of different types of rumination in individuals with a history of major depression.» *British Journal of Clinical Psychology* 46, 2007: 497-504.

*Deyo, M. Wilson, K.A. Ong, J. Koopman, C (2009). «Mindfulness and Rumination: Does Mindfulness Training Lead to Reductions in the Ruminative Thinking Associated With Depression?» *The Journal of Science and Healing*, vol 5, September-October 2009: 265 - 271.

Eisendrath, S. Chartier, M. McLane, M (2011). «Adapting Mindfulness-based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression.» *Cognitive and Behavioral Practice* 18, 2011: 362 - 370.

Germer, C.K. Siegel, R.D. Fulton, P.R. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: The Guilford Press, 2005.

*Hargus, E. Crane, C. Barnhofer, T. Williams, J.M.G. (2010). «Effects of Mindfulness on Meta-Awareness and Specificity of Describing Prodromal Symptoms in Suicidal Depression.» *Emotion*, Vol 10, No, 1, 2010: 34 - 42.

*Hepburn, S.R. Crane, C. Barnhofer, T. Duggan, D.S. Fennel, M.J.V. Williams, J.M.G.(2009). «Mindfulness-based cognitive therapy may reduce thought suppression in previously suicidal participants: Findings from a preliminary study.» *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 2009: 209 - 215.

- Kabat-Zinn, J. (2004). *Full catastrophe living*. London: Piatkus Books Ltd, 2004.
- Kumar, S.M. (2009). *the mindful path through worry and rumination*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc., 2009.
- Lineham. *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press, 1993.
- Lineham, M.M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press, 1993.
- *Liu, X. Gentzler, A.M. George, C.J. Kovacs, M. (2009). «Responses to Depressed mood and Suicide Attempt in Young Adults With a History of Childhood-Onset Mood Disorder.» *Journal of Clinical Psychiatry*, (5) 2009: 644-652.
- *Ma S. H., Teasdale J. D.(2004). «Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects.» *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 72, No 1, 2004: 31 - 40.
- *Mathew, K.L. Whitford, H.S. Kenny, M.A. Denson, L.A. (2010). «The Long-Term Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy as a Relapse Prevention Treatment for Major Depressive Disorder.» *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 2010: 561-576.
- *Miranda, R. Nolen-Hoeksema, S (2007). «Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at 1-year follow-up in a community sample.» *Behaviour Research and Therapy* 45 , 2007: 3088-3095.
- Morrison, R., O'Connor, R.C., (2008). «A Systematic Review of the Relationship Between Rumination and Suicidality.» *Suicide and Life-Threatening Behavior*, October 2008, 38(5). utg.: 523-538.
- Pettersen, K., Rydningen, N.N. (2008). «Cry of pain - Autobiografisk hukommelse og selvmordsatferd.» *Suicidologi*, 2008: 10-13.
- *Raes, F. Williams, J.M.G. (2010). «The Relationship between Mindfulness and Uncontrollability of Ruminative Thinking.» *Mindfulness* , 2010: 1:199-203.
- Ritschel, L. A. «Does mindfulness matter? Investigating the Effectiveness of an Outpatient DBT Program.» *Avhandling*. 2002.
- Rudd, M D Trotter, D.R.M. Williams, B. «Psychological theories of suicidal behaviour.» I *Suicidology and Suicide Prevention*, av D., Wassermann, C. Wasserman, 159-164. Oxford: Oxford University Press, 2009.
- Rudd, M D Williams, B. Trotter, D.R.M. «The psychological and behavioural treatment of suicidal behaviour. What are the common elements of treatments that work?» I *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A global perspective.*, av D. Wasserman, C. Wasserman, 427 - 437. Oxford: Oxford University Press, 2009.

*Sanders, W.A. Lam, D.H. (2010). «Ruminative and mindful self-focused processing modes and their impact on problemsolving in dysphoric individuals.» *Behaviour Research and Therapy*, Volume 48, Issue 8, August 2010: 747 - 753.

Segal, Z., Williams J.M.G., Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York, London: The Guilford Press, 2002.

*Smith J.M., Alloy L.B., Abrahamson L.Y. «Cognitive Vulnerability to Depression, Rumination, Hopelessness and Suicidal Ideation: Multiple Pathways to Self-Injurious Thinking.» *Suicide and Life-Threatening Behavior* 36(4), (4) 2006: 443-454.

Smith, J.M., Alloy, L.B. (2009). «A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct.» *Clin Psychol Rev*, March 2009: 116-128.

Sosial- og Helsedirektoratet . «Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.» Oslo, 2008.

Stortingets administrasjon. *Innst. 178 S (2011-2012) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen ... om en tiltaksplan for forebygging av selvmord*. Oslo, 14 02 2012.

*Surrence, K. Miranda, R. Marroquin, B.M. Chan, S. (2009). «Brooding and reflective rumination among suicide attempters: Cognitive vulnerability to suicidal ideation.» *Behaviour Research and Therapy* 47, 6 2009: 803-808.

*Teasdale, J. D. Williams, J.M.G. Soulsby, J.M. Segal, Z.V. Ridgeway, V.A. Lau, M.A. (2000). «Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy.» *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 68, No. 4, 2000: 615 - 623.

Wasserman, D. Wasserman, C. (2009). *Suicidology and Suicide Prevention - A Global Perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2009.

Williams J.M.G, Swales M. (2004). «The use of Mindfulness-Based Approaches for Suicidal Patients.» *Archives of Suicide Research* 8, 2004: 315 - 329.

Williams J.M.G., Duggan D.S., Crane C., Fennell M.J.V. (2006). «Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Prevention of Recurrence of Suicidal Behavior.» *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 62 (2), 2006: 201 - 210.

Williams M., Teasdale J., Segal Z., Kabat-Zinn J. (2010). *Mindfulness - en vei ut av depresjon og nedstemthet*. Arneberg Forlag, 2010.

Williams, Mark. *Cry of pain. Understanding suicide and self-harm*. London: Penguin Books Ltd, 1997.

Yaseen, Z. Katz, C. Johnson, M.S. Eisenberg, D. Cohen, L. Galynker, I.I. (2010). «Construct development: The Suicide Trigger Scale (STS-2), a measure of a hypothesized suicide trigger state.» *BioMedCentral Psychiatry* 10:110, 2010.

Vedlegg

Vedlegg 1: Tabell 1, sammenhenger mellom ruminering og suicidalitet

Vedlegg 2: Tabell 2, sammenhenger mellom mindfulness og ruminering

Vedlegg 3: Tabell 3; sammenhenger mellom mindfulness og suicidalitet

Vedlegg 4: Ressurser på Internett

Tabell 1. Sammenheng mellom ruminering og selvmord

Studie Land	Deltakere	Gruppe-karakteristika	Utfallsmål	Instrumenter	Design	Resultater (Funn)	Annet
Liu, X (2009) USA	(N =335) 223 unge voksne med COMD (Childhood Onset Mood Disorder) og komorbid alvorlig depresjon eller bipolar lidelse. 112 deltakere uten nåværende eller tidligere psykisk lidelse	Selvmonds-forsøkere: 78,6% kvinner Gj.snitts alder 24,5 år. Ikke suicidale: 62,2% kvinner Gj.snitts alder 25,2 år Kontroll-gruppe: 74,1% kvinner Gj.snitts alder 27,5 år	Hvorvidt maladaptive responser på depresjon assosieres med selvmords-forsøk hos deprimerte voksne med en historie av depresjon startet i barndommen. Antall maladaptive responser når man er i senket stemningsleie	Tidligere historie med suicidal atferd; Semi-strukturerte intervju Beck's Depression Inventory (BDI) Response Style Questionnaire (RSQ) Diagnose verktøy: DSM-III, DSM-IV	Case-Control Oppfølging etter 6 mnd	Maladaptive responser på depresjon kan lede til suicidal atferd: 1.Ruminering 2.Farlige aktiviteter Alle med COMD hadde høyere sannsynlighet for maladaptive responser og lavere sannsynlighet for adaptive responser Gruppen med COMD og selvmordsforsøk hadde lavere sannsynlighet for å bruke distraksjon som respons på depressivt humør. De i COMD-gruppen som deltok i farlige aktiviteter når de var deprimerte, hadde større risiko for senere selvmordsforsøk	Kartlegging av disse forhold bør anses som en viktig del av behandling og forebygging av selvmords-atferd
Smith, J (2006) USA	(N = 127) 127 studenter fra Temple-Wisconsin University Cognitive	64,1 % kvinner 35,9 % menn Gj.snitt alder 20.05 år	Sammenhenger mellom risikofaktorer som negativ kognitiv stil, dysfunksjonelle holdninger,	BDI SCL-90 Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Change	Tverrsnitts-studie Longitudinell over 2,5 år, målinger ca hver 6.uke	Ruminering og håpløshet henger sammen og er viktige prediktorer for suicidal tanker og varigheten av disse. Tilstedeværelsen og varigheten av suicidale tanker ble predikert	Både håpløshet og ruminering kan være viktige indikatorer for suicidale tanker

	Vulnerability to Depression project	<p>Skilt mellom</p> <p>Høyrisiko: Høy skår på CSQ og DAS</p> <p>Lavrisiko: Lav skår på CSQ og DAS</p>	håpløshet og ruminering	<p>(SADS-C)</p> <p>Hopelessness Scale (HS)</p> <p>Response Style Questionnaire (RSQ)</p> <p>Cognitive Style Questionnaire (CSQ)</p> <p>Dysfunctional Attitude Scale (DAS)</p>		<p>prospektivt ved ruminering og håpløshet.</p> <p>Håpløshet medierte delvis slektskapet mellom ruminering og suicidale tanker og medierte helt ut assosiasjonen mellom ruminering og varigheten av suicidalitet.</p> <p>Ruminering medierte slektskapet mellom kognitiv sårbarhet og suicidale tanker</p>	og er aktuelle mål for intervensjoner
<p>Surrence, K (2009)</p> <p>USA</p>	<p>(N = 96)</p> <p>96 unge voksne college-studenter, oppfølgingsstudie av deltakere i Chan (2009)</p> <p>Ikke-klinisk utvalg</p>	<p>73 kvinner, 23 menn.</p> <p>Alder: 18 til 30 år, gj.snitt = 18,9 år</p> <p>Tidligere selvmordsforsøkere (n = 37)</p> <p>Kun suicidale tanker (n = 16)</p> <p>Verken suicidale tanker eller –forsøk (n = 43)</p>	Under hvilke omstendigheter kan reflektiv ruminering assosieres med økte suicidale tanker ved å undersøke om tidligere suicidalforsøk modererer slektskapet mellom undertyper av ruminering og nåværende selvmordstanker	<p>Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)</p> <p>Beck Scale for Suicidal Ideation (BSS)</p> <p>Beck Hopelessness Scale (BHS)</p> <p>Patient Health Questionnaire-9 (PhQ-9)</p> <p>Ruminative Responses Scale (RRS)</p>	Tverrsnittsstudie	<p>Grubling (brooding) ble assosiert med høyere grad av selvrapporterte suicidale tanker, mens refleksjon ble ikke signifikant assosiert med suicidale tanker.</p> <p>Likevel; refleksjon, men ikke grubling påvirker hvordan tidligere selvmordsforsøk statistisk sett kan forutsi suicidale tanker, selv etter justering for depressive symptomer og håpløshet, mens grubling ikke lenger predikerte suicidale tanker etter tilsvarende justeringer.</p> <p>Hos sårbare personer, særlig de med tidligere forsøk viser det seg at også reflektiv ruminering assosieres med økte suicidale tanker</p>	

<p>Miranda, R (2007) USA</p>	<p>(N = 1134) Ikke-klinisk utvalg 1134 voksne fra San Francisco Bay området, utvalgt ved tilfeldig oppringing Oppfølgingsstudie ett år etter en annen studie om kjønnsforskjeller ved depresjon (Noelen-Hoeksema 1999)</p>	<p>607 kvinner 527 menn Alder 25-82 år</p>	<p>Hvorvidt grubling (brooding) og refleksjon, som undertyper av ruminering, slo ut forskjellig i forhold til suicidalitet, dvs i hvilken grad individet hadde aktive eller passive tanker om selvmord</p>	<p>Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) BDI Ruminative Responses Scale (RRS) Selv-rapportering og semi-strukturerte kliniske intervjuer</p>	<p>Tverrsnitts-studie Longitudinell over 1 år</p>	<p>Grubling var sterkere relatert til suicidale tanker ved baseline enn refleksjon. Både grubling og refleksjon predikerte hvorvidt individet tenkte på selvmord ved 1-års oppfølging, selv etter justering for suicidale tanker ved baseline og justering for depressive symptomer. Depresjonssymptomer medierte slektskapet mellom grubling og suicidale tanker, men ikke mellom refleksjon og suicidale tanker</p>	<p>Kunnskaper om kognitive risikofaktorer, spesielt ruminering vil være nyttig i selvmords-forebyggende arbeid.</p>
<p>Crane, C (2007) UK</p>	<p>(N = 32) 32 voksne frivillige tidligere deprimerte, klinisk utvalg 3 grupper: Ikke-suicidale (n = 11) Suicidale tanker (n = 11) Selvmords-forsøkere (n = 10)</p>	<p>21 kvinner 11 menn Alder 18-65 år Gj.snitt 31,65 år</p>	<p>Undersøke sammenheng mellom refleksjon, grubling (brooding) og suicidalitet hos personer med en historie av alvorlig depresjon</p>	<p>Kliniske intervju ved hjelp av: SCID-IV, SCID-II MINI BDI-II Ruminative Responses Scale (RRS)</p>	<p>Case- Control</p>	<p>Suicidal atferd ved alvorlig depresjon assosieres med redusert nivå av refleksjon og en ubalanse mellom refleksjon og grubling. Ikke-suicidale skåret signifikant høyere grad av refleksjon vs grubling, mens det motsatte var tilfelle hos de med selvmords-forsøk. De med suicidale tanker skåret gjennomsnittlig likt på begge.</p>	<p>Redusert evne til refleksjon kan knyttes til suicidalitet hos alvorlig deprimerte på samme måte som nedsatt problem-løsningsevne i den samme gruppen</p>

Chan (2009) USA	(N = 1011) Frivillige universitets- studenter Ikke-klinisk utvalg	Kjønnfordeling ikke angitt Alder 18-53 år Gj.snitt 19, 31 år	Grubling og refleksjons formene av ruminering som mediatorer for det sammen-fallende slektsskapet mellom påvirkningen av negative livshendelser (impact of negative life events) (INE), depressive symptomer og suicidale tanker	Patient Health Questionnaire (PHQ-9) The Life Experience Survey (LES) Ruminative Responses Scale (RRS)	Tverrsnitts- studie	Grubling, men ikke refleksjon medierte delvis slektskapet mellom INE og suicidale tanker. Depressive symptomer medierte delvis slektskapet mellom INE og suicidale tanker og mellom grubling og suicidale tanker.	Personer som har grubling som respons på negative livshendelser kan være sårbare for å tenke på selvmord, delvis pga symptomer på depresjon, men også som et resultat av grublingen i seg selv.
---------------------------	--	---	---	---	---------------------	---	--

Merknad: BDI (BDI-II) = The Beck Depression Inventory (Beck, Steer & Brown, 1996), RSQ = Response Style Questionnaire (Nolen-Hoeksema & Morrow 1991), SCL-90 = Symptom Check List (Derogatis 1977), SADS-C = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Change (Endicott & Spitzer 1978), HS (BHS) = (Becks) Hopelessness Scale (Beck et al. 1974), CSQ = Cognitive Style Questionnaire (Alloy et al. 2000), DAS = Dysfunctional Attitudes Scale (Weissman & Beck 1978), DISC = Diagnostic Interview Schedule for Children (Shaffer et al. 2000), PHQ-9 = Patient Health Questionnaire (Spitzer et al 1999), RRS = Ruminative Response Scale (Nolen-Hoeksema & Morrow 1991), BSS = Beck Scale for Suicidal Ideation (Beck & Steer 1991), SCID = Structured Clinical Interview for DSM-IV (First et al. 1997), MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview (Sheenan et al 1998), LES = Life Experience Survey (Sarason et al 1978)

Tabell 2. Sammenheng mellom mindfulness og ruminering

Stuide, Land	Deltakere	Gruppe-karakteristika	Utfallsmål	Instrumenter	Design	Resultater	Annet
Deyo, M. (2009) USA	(N=22) Frivillige deltakere fra et MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) kurs Community sample Blandet populasjon, verken "friske" eller "kliniske" beskriver utvalget	12 kvinner (54,5%) Alder: 24-63 Gj.sn.= 44 (SD=13)	Innflytelsen av MBSR program på: -Mindfulness, -Ruminering, -Depressive symptomer, -Generelt velbefinnende	BDI Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS), The Schwartz Outcomes Scale (SOS-10) MBRS Compliance Form (Deyo et al. 2009) Rumination – Reflection Questionnaire (RRQ)	Tverrsnitt-studie Målinger før og etter gjennomført MBSR-program	Signifikant økning i mindfulness ferdigheter og signifikant reduksjon av ruminering og depressive symptomer. Ingen statistisk signifikans mellom endring i mindfulness og endring i ruminering, men trend for negativ sammenheng hvor økt mindfulness assosieres med redusert ruminering	Det bemerkes at utvalget hadde overvekt av høyt utdannede personer med høy sosio-økonomisk status
Burg, J.M. (2011) Tyskland	(N=42) Psykologi- studenter ved Ruhr University Bochum Ikke-klinisk utvalg	35 kvinner Alder: 19-35 Gj.sn. = 24 (SD=4,4) De fleste deltakerne var uten erfaring med meditasjon, kun 3 rapporterte at de hadde meditert regelmessig i mer enn et år.	Assosiasjoner mellom mindfulness under Mindful Breathing Exercise (MBE) og depresjonsrelaterte konstruksjoner; -Ruminering, -Repeterende negativ tenkning og -Depresjon	MBE KIMS-D (Tysk versjon) Body Sensation Questionnaire, (BSQ) Tysk versjon Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) (Tysk versjon) Response Style Questionnaire, (RSQ-D) (Tysk versjon) Perseverative	Tverrsnitt-studie	Negativ korrelasjon mellom graden av evne til å være mindful i kontakt med ens åndedrett og gradene av ruminering, repeterende negativ tenkning og depresjon.	Forsøket introduserer en ny målemetode for mindfulness; MBE. Forsøket gir støtte for at mindfulness trening har klinisk relevans

				Thinking Questionnaire, (PTQ)			
Raes, F. (2010) Belgia	(N=164) 1.års psykologistudenter Ikke-klinisk utvalg	130 kvinner Alder: 18-25 Gj.sn. = 19,21 år (SD = 0,91)	Korrelasjon mellom mindfulness og ruminering Mindfulness som moderator for sammenhengen mellom analytisk ruminering og ukontrollerbar ruminering	Extended version of KIMS (KIMS-E) BDI-II The Major Depression Questionnaire (MDQ) The Leuven Adaption of the Rumination on Sadness Scale (LARSS)	Tverrsnittsstudie	Signifikant negativ korrelasjon mellom mindfulness og ukontrollerbar ruminering Mindfulness fungerer som moderator i sammenhengen mellom analytisk ruminering og ukontrollerbar-heten av ruminering	
Mathew, K.L. (2010) Australia	(N=39) Klinisk utvalg Deltakerne oppfylte DSM-IV kriterier for a) Alvorlig depresjon b) Bipolar affektiv lidelse, deprimert fase eller c) Dystymi	30 kvinner (76,9%) Alder: 25-72 3 grupper: 1-12 mnd, 13-24 mnd og 25-34 siden deltagelse i MBCT	Langtids effekt av MBCT i behandling av depresjon: Tilbakefall av depresjon etter 12, 24 og 34 mnd Assosiasjoner mellom grader av mindfulness og grader av ruminering Hvilke komponenter i MBCT og påfølgende mindfulness praksis påvirker depresjons-tilbakefall over tid	BDI-II Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) Rumination on Sadness Scale (RSS)	Tverrsnittsstudie Longitudinell; før, under og etter kurs i MBCT	Signifikant reduksjon av depressive episoder for alle tre grupper i forhold til base-line Sterk negativ korrelasjon mellom nivå av mindfulness og nivå av ruminering Annet: Støtter teori om metakognitive prosesser i mindfulness som den primære ingrediens i behandling av deprimerte med høy grad av ruminering	Foreslår MBCT som potensiell behandling for deprimerte i aktiv depressiv fase, hvor de depressive symptomene vedlikeholdes av en ruminerende tankestil, og som ikke har respondert på anti-depressiv medikasjon (AMD) og kognitiv terapi (CBT)
Sanders, W.A. (2010) UK	(N = 60) 30 tidligere deprimerte 30 aldri deprimerte Rekruttert fra befolkningen gjennom annonser i lokalaviser	48 kvinner (80%) (likt fordelt i begge grupper) Alder 18 – 65 år Gj.snitt 30,3 (aldri deprimerte) og 42,7 (tidligere deprimerte)	Undersøke effekten av karakterbeting og situasjonsbeting analytisk ruminering og erfaringsbasert mindfulness i forhold til affekter og sosial problemløsingsevne	Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) The autobiographical memory recall mood induction (Brewer et al 1980) og (Martin	Case – control Eksperimentell	Negativ korrelasjon mellom (trait) mindfulness og BDI-skår, positiv korrelasjon mellom (trait) ruminering og BDI-skår Ingen signifikant forskjell mellom gruppene etter induksjon av hhv mindfulness og ruminerende	Funnene antyder at mindfulness kan være en nyttig måte å forhindre ruminerende fra å utvikle

	og oppslag på helsestasjoner med mer.			1990) Mean Ends Problem Solving Task (MEPS) BDI Self-focused processing manipulations (Watkins & Teasdale 2004) Visual analogue mood measure (Donaldson & Lamb 2004) Self-focused visual analogue measure Ruminative Response Scale (RRS)		prosessering moduser, men; Deltakere som skåret høyt på karakterbetinget ruminering viste signifikant forbedring av sosial problemløsnings-evne (SPS) etter induisert mindfulness prosessering	depressive symptomer eller depresjon. En av mekanismene er økning av ferdigheter i sosial problemløsning
--	---------------------------------------	--	--	--	--	---	---

Merknad: BDI-II = The Beck Depression Inventory (Beck, Steer & Brown, 1996), KIMS = Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (Baer, Smith & Allen, 2004), SOS-10 = The Schwartz Outcome Scale (Blais et al. 1999), RRQ = Rumination Reflection Questionnaire (Trapnell & Campbell 1999), BSQ = Body Sensation Questionnaire (Chambless et al. 1984), CES-D = Center for Epidemiological Studies Depression Scale, (Radloff 1977, tysk versjon Hautzinger & Bailer 1993), RSQ = Response Style Questionnaire (Nolen-Hoeksema & Morrow 1991, tysk versjon; Kuehner et al. 2007), PTQ = Perseverative Thinking Questionnaire (Ehring et al, submitted), KIMS-E = Extended version of KIMS (Raes et al. 2009), MDQ = The Major Depression Questionnaire (Van der Does et al. 2003), LARSS = The Leuven Adaption of the Rumination on Sadness Scale (Raes et al. 2008), MAAS = Mindful Attention Awareness Scale (Brown & Ryan 2003), RSS = Rumination on Sadness Scale (Raes et al. 2008), FFMQ = Five Facet Mindfulness Questionnaire (Baer et al. 2006), MEPS = Mean Ends Problem Solving Task (Platt & Spivack 1975), RRS = Ruminative Response Scale (Nolen-Hoeksema & Morrow 1991)

Tabell 3. Mindfulness og suicidalitet

Studie Land	Deltakere	Gruppe-karakteristika	Utfallsmål	Instrumenter	Design	Resultater	Annet
Hepburn (2009) UK	(N = 68) 68 deltakere med tidligere depresjon og suicidalitets-historikk. 2 grupper: En MBCT gruppe (n = 33) og en treatment as usual (TAU) venteliste gruppe (n = 35)	Kjønn ikke oppgitt Alder: 18 – 65, gj.snitt = 43,6	Effekten av MBCT på tanke-undertrykking og depresjon hos personer med tidligere depresjon og suicidalitet	The Beck Depression Inventory (BDI) The White Bear Suppression Inventory (WBSI)	RCT Målinger før og etter behandling	Ingen reduksjon i tanke-undertrykking målt med WBSI, men signifikant reduksjon i selv-rapporterte forsøk på undertrykking siste uker.	Foreløbige bevis foreslår at MBCT for suicidale kan redusere tanke-undertrykking, men differensielle effekter på målemetoder fordrer flere studier
Hargus (2010) UK	(N = 27) Klinisk utvalg, frivillige med pågående depresjon iht DSM-IV, tre eller flere tidligere depressive episoder og en historie med suicidale tanker eller handlinger 1 gruppe (n = 14) fikk MBCT pluss TAU 1 gruppe (n = 13) fikk TAU	18 kvinner Alder 26 – 64, gj.sn. = 41,89	Effekten av mindfulness trening på 2 aspekter av tankeprosessering hos deprimerte; meta-oppmerksomhet og spesifikke minner	SCID-I og SCID Borderline Personality Disorder Module BDI-II Measure of Awareness and Coping in Auto-biographical Memory (MACAM) Relapse Signature of Suicidality Interview (ReSSI)	RCT Målinger ved baseline og 3 mnd etter intervensjonen	Signifikant høyere nivå av meta-oppmerksomhet i MBCT gruppen, ingen signifikant endring i TAU gruppen. Spesifikke minner avtok over tid hos TAU gruppen, men endret seg ikke signifikant hos MBCT gruppen, altså en signifikant forskjell mellom gruppene.	Mindfulness kan forbedre pasientens evne til å reflektere over minner om tidligere (selvmords)-kriser på en detaljert og desentraliserende måte, og å forholde seg til disse erfaringene på en måte som sannsynligvis kan forebygge fremtidige tilbakefall. ReSSI er utviklet spesielt for denne under-søkelsen. Tilgjengelig fra J.M.G. Williams på forespørsel

Crane (2008) UK	(N = 42) Klinisk utvalg, frivillige med tidligere alvorlig depresjon og historie med aktive selvmordstanker eller handlinger 1 gruppe (n = 19) fikk MBCT behandling umiddelbart, i tillegg til TAU. 1 gruppe (n = 23) på venteliste, pluss TAU.	Kjønn ikke oppgitt Alder 18 – 65, Gj.snitt i MBCT-gruppen = 49,75, i venteliste-gruppen = 40.44	Effekten av et 8-ukers kurs i MBCT på selv-uoverensstemmelser, dvs opplevde uoverensstemmelser (discrepancies) mellom faktisk selv og ideal selv hos tidligere deprimerte pasienter med en historie av depresjon og suicidalitet	MINI SCID-II, BPD Module BDI-II Self-Description Questionnaire	Case-control Prospektiv med to målinger; ved baseline og oppfølging etter ca 2 mnd.	Økning i selv-uoverensstemmelser i venteliste-gruppen som ikke ble funnet hos MBCT-gruppen. Endringer i selv-uoverensstemmelser ble ikke assosiert med endringer i residuale depressive symptomer, men i MBCT-gruppen var det en signifikant assosiasjon mellom økning i likheten av ideal selv og oppnåelse av mer adaptive ideelle selv-guider etter behandling.	MBCT kan beskytte mot økning i selv-uoverensstemmelser hos personer som er sårbare for tilbakefall av depresjon.
Crane (2010) UK	(N = 68) Klinisk utvalg, deltakere med minst en episode av alvorlig depresjon og historie med suicidale tanker eller suicidalforsøk 1 gruppe (n = 33) fikk MBCT, 10 droppet ut 1 gruppe (n = 35) på venteliste, 8 droppet ut	42 kvinner Alder 22-64, gj.snitt = 42	Faktorer assosiert med utmattelse fra MBCT hos pasienter med en historie av suicidal depresjon. Spesielt fokus på hvilke variabler som gjør at noen dropper ut fra behandling (både MBCT og venteliste)	MINI SCID-II BDI-II BAI RRS Mood Induction MEPS Verbal Fluency Task	RCT Prospektiv, målinger før og etter intervensjon	De som droppet ut fra behandlingen (MBCT) var signifikant yngre enn de som fullførte, færre brukte antidepressiva, de hadde høyere nivå av ruminering og signifikant dårligere problemløsningsevne etter følelsesmessige utfordringer. Ingen av disse faktorene skilte de som droppet ut fra ventelisten fra de som gjennomførte.	Resultatene tyder på at de med høye nivåer av kognitiv reaktivitet, grubling og depressiv ruminering finner det spesielt vanskelig å gjennomføre MBCT, selv om det mest sannsynlig er nettopp de som ville hatt størst utbytte av disse ferdighetene

Ma, S.H. (2004) UK	(N = 130) Klinisk utvalg, tidligere alvorlig deprimerte (n = 75) Randomisert til TAU (n = 38) eller TAU pluss MBCT (n = 37) Kontrollgruppe aldri deprimerte (n = 55)	74% kvinner Alder 18 -65 Gj.snitt 44,5	Reduksjon i tilbakefallsrate for alvorlig depresjon med og uten MBCT	HAM-D BDI MOPS SCID SRRS Ingen måling av mindfulness egenskaper	RCT Prospektiv, oppfølging hver 3. mnd i ett år	Bevis for at MBCT er effektivt i forebygging av tilbakefall for pasienter med tre eller flere alvorlige depressive episoder, særlig for de som har opplevd depresjon tidlig i livet og hvor episodene ikke er knyttet til livshendelser	Replikasjon av Teasdale (2000) MBCT har sin effekt ved at autonome, tilbakefalls- relaterte, kognitiv- affektive ruminerings- prosesser forstyrres
Teasdale, J. D (2000) UK	(N = 145) Community sample Tidligere alvorlig deprimerte pasienter Randomisert til TAU (n = 69) eller TAU pluss MBCT (n = 76) Dropout = 13	TAU-gruppen: 78% kvinner, 18 – 65 år, gj.sn = 46,2 år MBCT-gruppen: 74% kvinner, 18 – 65 år, gj.sn = 40,7 år	Reduksjon i tilbakefallsrate for alvorlig depresjon med og uten MBCT	HAM-D (HRSD) BDI SCID Ingen måling av mindfulness egenskaper	RCT Prospektiv, 60 ukers oppfølging (8 ukers behandling pluss 52 ukers oppfølging etter behandling)	Signifikant redusert risiko for tilbakefall av depresjon hos de med tre eller flere tidligere episoder av alvorlig depresjon. Ingen reduksjon hos de med to eller færre tidligere episoder.	MBCT er en lovende kostnads-effektiv psykologisk tilnærming for forebygging av tilbakefall av depresjon

Merknad: RRQ = Reflection Rumination Questionnaire (Trapnell & Campbell, 1999), PSS = Perceived Stress Scale (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983), SWB = Subjective Well-being (Diener, 1984), PANAS = Positive and Negative Affect Schedule (Watson, Clark & Tellegen, 1988), SWLS = Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, (1985), Self-Compassion Scale (Neff, 2003), ADHS = Adult Dispositional Hope Scale (Lopez, Snyder & Pedrotti, 2003), IRI = The Inter-personal Reactivity Index (Davis, 1983), HFS = Heartland Forgiveness Scale (Thompson & Snyder, 2003), MAAS = Mindful Attention Awareness Scale (Brown & Ryan, 2003), BDI = The Beck Depression Inventory (Beck, Steer & Brown, 1996), WBSI = The White Bear Suppression Inventory (Wegner & Zanakos, 1994), SCID = Structured Clinical Interview for DSM, MACAM = Measure of Awareness and Coping in Autobiographical Memory (Teasdale et al. 2002), MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview (Sheenan et al 1998), BAI = Beck Anxiety Inventory (Beck & Steer, 1990), RRS = Ruminative Response Subscale (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1990; Treynor et al, 2003), MEPS = Means End Problem-Solving Task (Platt et al. 1978), HAM-D (el. HRSD) = Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960), MOPS = Measure of Parenting Style (Parker et al., 1997), SRRS = Social Readjustment Rating Scale (Holmes & Rahe, 1967)

Ressurser på internett:

University of Oxford. Centre for suicide research.

<http://cebmh.warne.ox.ac.uk/csr/mbct.html>

Bangor University. Centre for Mindfulness Research and Practice.

<http://www.bangor.ac.uk/mindfulness/>

Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) Home.

<http://mbct.co.uk/>

University of California, LA. Mindful Awareness Research Centre.

<http://marc.ucla.edu/>

Mindfulness Research Guide.

<http://www.mindfulexperience.org/>

Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society. University of Massachusetts, Medical School.

<http://www.umassmed.edu/cfm/home/index.aspx>

Rumin8 Ruminations on Rumination

<http://www.rumin-8.blogspot.com>